# Analyse de risque protection maternité

**Activités : Postes de travail de bureau, guichets, service extérieur, visites d'entreprises, actions de stand, exposés, formations, démonstrations.**

**L'évaluation des risques reflète la situation actuelle sur le lieu de travail et a une validité maximale de 3 ans.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Entreprise :**  ....................................................................................................................................... | |
| **Domaine d’activité :**  ………………………………………...…  ………………………………………...… | **fonction :**  ……………………………………………  …………………………………………… |
| **Collaboratrice :** (prénom / nom)  ............................................................... | **Taux d’occupation :**  ……...………………… % |

#### Le poste est approprié pour la collaboratrice sous respect des mesures de protection prévues :

*n.a: non applicable*

| *Critères* | *oui non n.a* | *Remarques, mesures de protection* |
| --- | --- | --- |
| 1. **Temps de travail et de repos** | | |
| Les 9 heures de travail maximales de travail par jour sont-elles respectées ? |  |  |
| L’interdiction de travailler entre 20h00 et 06h00 à partir des 8 semaines avant l’accouchement est-elle respectée ? |  |  |
| 1. **Organisation du travail** | | |
| Si nécessaire, la collaboratrice sera-t-elle libérée du travail qu'elle considère ou ressent comme pénible ? |  |  |
| Existe-t-il un endroit pour s'allonger dans une pièce calme et appropriée ? |  |  |
| 1. **Soulever, porter et déplacer** | | |
| Les limites de poids sont-elles respectées ? du 1erau 6ème mois de grossesse 10 kg occasionnellement ou 5 kg régulièrement ;  à partir du 7e mois de grossesse, un maximum de 5 kg |  | La collaboratrice peut s’organiser elle-même pour éviter de soulever des charges lourdes |
| 1. **Froid, chaleur ou humidité** | | |
| Est-ce que l’interdiction de travailler en dessous d’une température de -5°C est respectée ? |  |  |
| Les vêtements sont-ils adaptés à la situation thermique et à l'activité proposée et sont-ils mis à disposition lors de températures inférieures à 10°C ? |  | Collaboratrices du service extérieur et actions de stand  Vêtement thermique mis à disposition |
| Des boissons chaudes sont-elles prévues lors de températures inférieures à 15°C ? |  | Collaboratrices du service extérieur et actions de stand |
| Les activités contraignantes sont-elles évitées, en particuliers lors de forte chaleur (> 24°C), et le travail lors de températures supérieures à 28°C est-il interdit ? |  |  |
| Les activités exercées régulièrement dans des conditions d’humidité élevée sont-elles évitées ? |  |  |
| 1. **Travailler avec un risque de chute élevé** | | |
| Les tâches présentant des risques de glissade ou de trébuchement (sols glissants ou en mauvais état, obstacles, etc.) sont-elles évitées ? |  | La collaboratrice peut s'organiser elle-même pour éviter les chemins ou les échafaudages dangereux. |
| Les activités présentant un risque accru de chute (pas de travail sur des échelles à une hauteur de plus de 1 m ou à proximité de dangers de chute) sont-ils évités ? |  | Pas d'accès à des zones présentant un risque de chute, à des échelles, à des échafaudages ou à des plateformes surélevées sans barrière (voiture de démo p.ex. .) |
| 1. **Chocs, secousses et vibrations** | | |
| Les activités présentant un risque accru de chocs, de bousculades dans la foule sont-elles efficacement évitées ? |  | Ne pas employer dans les domaines avec ce types de confrontations |
| 1. **Mouvements et postures qui engendrent une fatigue précoce** | | |
| Les tâches n’engendrent-elles aucune fatigue précoce de par ses mouvements ou ses postures ? |  | Si besoin est, plus de pauses courtes payées (10 minutes toutes les 2 heures)  Aucun travail qui implique une position courbée ou droite sur la durée, ainsi qu’aucun travail dont une posture statique doit être tenue sur une longue durée.  L'employée peut s'organiser elle-même |
| Les règles sur l’accomplissement d’activité en position debout sont-elles respectées ?  Dès le 4ème mois : 12 heures de repos quotidien et des pauses supplémentaires de 10 minutes toutes les 2 heures. Dès le 6ème mois : durée maximale d’occupation en position debout est de 4 heures par jour. |  | p.ex. exposés, formations, etc. |
| 1. **Risques physiques (bruit, radiation, pression)** | | |
| Les activités dans une environnement sonore de 85 dB(A) (Leq 8 heures) sont-elles interdites ? |  | Aucune occupation dans les domaines où les protections auditives sont obligatoires. |
| Les valeurs limites de rayonnement (ordonnance sur la protection de la maternité, annexe 1) sont-elles respectées ? |  | par exemple, les lieux de travail marqués par une interdiction d'utiliser des stimulateurs cardiaques |
| 1. **Risques chimiques** | | |
| Les travaux impliquant des substances nocives (p. ex. produits chimiques[[1]](#footnote-1)) sont-ils évités ? |  | Il n'y a pas de substances critiques. Les mesures d'hygiène doivent être respectées. |
| 1. **Risques biologiques** | | |
| Les contacts dangereux avec les micro-organismes des groupes 2-4 sont-ils évités selon le OPTM ? |  | Il n'y a pas de manipulation de micro-organismes critiques. Les mesures de protection et d'hygiène prescrites doivent être respectées. |
| 1. **Période d’allaitement** | | |
| Une durée du temps de travail maximale de 9 heures par jour est-il respecté ? |  |  |
| L'employée bénéficie-t-elle le temps d'allaiter ou de tirer son lait dans un endroit approprié ? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Par sa signature, la personne concernée confirme avoir pris connaissance de l’analyse des risques quant à la protection de la maternité et des bien-fondés. La collaboratrice et son/sa supérieur/e sont tenus de respecter les mesures de protection nécessaires. Le respect est contrôlé de manière récurrente (tous les 3 mois environ, conjointement par le/la supérieur et la collaboratrice). | |
| **Collaboratrice** (prénom / nom):  ............................................................... | Date: ...................................................  Signature: ................................................... |
| **Supérieur** (prénom / nom):  ...............................................................  Tél: ........................................................  Mail: ...................................................... | Date : ...................................................  Signature : ................................................... |
| **\* Spécialiste** (prénom / nom):  ...............................................................  Qualification: .........................................  Töl: ........................................................  Mail: ...................................................... | Date : ...................................................  Signature :................................................... |

\* Une personne spécialiste peut être contactée pour toutes incertitudes (médecin du travail/hygiéniste du travail).

**Evaluation du/de la médecin traitant/e**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Résultat de l’évalution: ( cochez ce qui convient )** | | | |
|  | L'occupation au poste de travail en question est possible si les mesures de protection prévues par l'évaluation des risques sont respectées. | | |
|  | L'occupation au poste de travail sur le lieu de travail en question n'est pas possible | | |
|  | Nouvelle évaluation dans semaine | | |
| Terme prévu | |  | |
| Médecin | | Timbre : | Signature: |
|  | |  | Date: |

1. Il s'agit de substances dangereuses qui sont mutagènes pour les cellules germinales, cancérigènes ou toxiques pour la reproduction, identifiables par les étiquettes H340, H341, H350, H350i, H351, H360, H360FD, H360Fd, H360Df, H361d, H361fd, H362, H370 ou H371. En outre, mercure et composés, inhibiteurs de mitose, monoxyde de carbone et atmosphères réduites en oxygène. [↑](#footnote-ref-1)